

**SERVICES EN LIGNE**

Au lieu de remplir ce formulaire, vous pouvez maintenant faire votre demande en utilisant les services en ligne accessibles sur notre site Web au [www.lautorite.qc.ca/](http://www.lautorite.qc.ca/).

<b>PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION (en lettres majuscules)</b>							
<b>INFORMATION DU CLIENT</b>							
N° de client (10 chiffres)							
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom			Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		
M. <input type="checkbox"/>							
Date de naissance		____ / ____ / ____ année mois jour					
<b>ADRESSE RÉSIDENTIELLE</b>							
N° d'immeuble		Rue			App.		
Municipalité			Province		Code postal		
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)			Poste		
Cellulaire		Courriel					

**PARTIE 2 – CHOIX DES EXAMENS**

Des **frais de report** vous seront chargés :

- si l'Autorité reçoit votre demande de report **cinq jours ouvrables ou plus** avant la date de passation indiquée sur votre avis de convocation;
- si vos examens sont échelonnés sur une période de 90 jours et que la date du report se situe à l'intérieur de cette période.

Des **frais d'inscription** vous seront chargés :

- si l'Autorité reçoit votre demande de report **quatre jours ouvrables ou moins** avant la date de passation indiquée sur votre avis de convocation;
- si vos examens sont échelonnés sur une période de 90 jours et que la date du report se situe après cette période.

Dans le cas d'**une annulation**, aucuns frais ne seront remboursés. Aucun échec ne sera porté à votre dossier, si le formulaire est reçu **avant la date de l'examen**.

Veuillez indiquer les renseignements nécessaires au report ou à l'annulation d'un ou plusieurs examens.

<b>Demande</b>	<b>N° de l'examen</b>	<b>Date prévue pour la passation des examens</b>	<b>Date de passation et plage horaire par ordre de préférence</b>	<b>Lieu de passation des examens (si modification)</b>	<b>Langue</b>
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Report <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>	_____	_____/_____/_____ année mois jour	1. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour 2. ____/____/____ Heure : ____ année mois jour	De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

### PARTIE 3 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets. Je joins toutes les pièces justificatives exigées pour le traitement de ma demande.

\_\_\_\_\_  
Signature

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
année mois jour

**PARTIE 4 – BORDEREAU DE PAIEMENT**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLIENT**

N° de client (10 chiffres)			
M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	Prénom(s)	Nom	
Nom de l'entreprise			

**FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021  
(Veuillez noter que les frais ne sont pas remboursables.)**

Frais de report :  74 \$  
Frais d'inscription :  150 \$  
Montant dû : \_\_\_\_\_ \$

Si vous payez par carte de crédit, veuillez reporter ce montant à l'endroit indiqué d'un \* ci-dessous. Si le montant indiqué est supérieur au montant dû, nous nous réservons le droit de corriger ce montant et de l'ajuster à la baisse.

**MODE DE PAIEMENT**

<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Mandat-poste	Veuillez faire votre paiement à l'ordre de <b>l'Autorité des marchés financiers</b> et le dater <b>du jour de l'envoi</b> de votre formulaire.
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	J'accepte que l'Autorité prélève la somme de * _____ \$. N° de la carte : ____ / ____ / ____ / ____ Date d'expiration : ____ / ____ mois    année _____ Nom du détenteur de la carte de crédit <b>(en lettres majuscules)</b> _____ Signature du détenteur de la carte de crédit Date : ____ / ____ / ____ année    mois    jour

L'Autorité accepte les formulaires par **la poste** seulement.  
**Aucun formulaire** envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre paiement à l'adresse suivante :

**Autorité des marchés financiers**  
Place de la Cité, tour Cominar  
2640, boulevard Laurier, bureau 400  
Québec (Québec) G1V 5C1